



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** JOSE WELDES BARROS DE ARAUJO, brasileiro, casado, autônomo, portador da Cédula de Identidade nº 7359732 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 007.803.304-71, residente e domiciliado na rua professora Maria luisa Duarte de sá, nº 07 QD-3A, vila bela, Serra Talhada/PE, CEP: 56.907-000, através do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o advogado.

**OUTORGADO:** HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

**PODERES:** a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula “ad judicium et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga ao Advogado acima qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações, levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

**DO CONTRATO DE HONORÁRIOS:** No caso de êxito da presente demanda, a outorgante pagará ao advogado outorgado a importância correspondente a 30% (trinta por cento) da quantia bruta recebida pelo proveito econômico decorrente da presente demanda, ficando desde já autorizado o respectivo desconto.

Triunfo/PE, 20 de maio de 2019.

JOSE WELDES BARROS DE ARAUJO

OUTORGANTE

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE  
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036  
hmc.advocacia@gmail.com



### **DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Eu, **JOSE WELDES BARROS DE ARAUJO**, brasileiro, casado, autônomo, portador da Cédula de Identidade nº 7359732 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 007.803.304-71, residente e domiciliado na rua professora Maria Luísa Duarte de Sá, nº 07 QD-3A, vila bela, Serra Talhada/PE, CEP: 56.907-000, **DECLARO** que nesse momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

Triunfo/PE, 20 de Maio de 2019.

JOSE WELDES BARROS DE ARAUJO  
**Declarante**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

NOME  
**JOSE WELDES BARROS DE ARAUJO**

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
**7359732 SDS PE**

CNPJ  
**007.803.304-71**

DATA NASCIMENTO  
**09/05/1978**

FILIAÇÃO  
**NÃO DECLARADO**

**JOSEFA BARROS DE ARAUJO**

**O**

PERMISSÃO  
**05473393498**

ACC  
**05473393498**

CAT. HAB.  
**A2**

Nº REGISTRO  
**05473393498**

VALIDADE  
**25/09/2022**

1ª HABILITAÇÃO  
**20/04/2012**

OBSERVAÇÕES

**JOSE WELDES BARROS DE ARAUJO**

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**SERRA TALHADA, PE**

DATA EMISSÃO  
**26/09/2017**

**Charles Andrews Sousa Albeiro**  
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

**58585127833**  
**PE081447345**

**PERNAMBUCO**

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

**1485247996**





obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las. Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Conversa e discussão no trabalho predispoem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



008038

Série

000112

Número

José Welfer Barão de Araújo  
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome: José Welfer Barão de Araújo  
Loc. Nasc.: Curitiba, PE, Data: 09/05/1978  
Filiação: Welfer Barão de Araújo  
Doc. Nº: RG 7.350.732-5, SDSP, 12/06/2003

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em: / / Doc. Ident. Nº: /  
Exp. em: / / Estado: /  
Obs.: /  
Data Emissão: 23/09/2011 SRTE: Federalina/PE  
Eduardo Pereira de Souza  
Assessoria do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação a nome, est. civil e data nasc.)

Nome: .....  
Doc: .....  
Nome: .....  
Doc: .....  
Nome: .....  
Doc: .....  
Est. Civil: .....  
Doc: .....  
Est. Civil: .....  
Doc: .....  
Nascimento: .....  
Doc: .....





12

**CONTRATO DE TRABALHO**

Empregador.....  
CNPJ/MF..... Nº.....  
Rua..... Est.....  
Município.....  
Esp. do estabelecimento.....  
Cargo..... CBO nº..... de.....  
Data admissão..... de..... de.....  
Registro nº..... Fls./Ficha.....  
Remuneração especificada.....  
.....  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.....  
1ª..... 2ª.....  
Data saída..... de..... de.....  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.....  
1ª..... 2ª.....  
Com. Dispensa CD nº.....

Empregado.....  
CNPJ/MF..... Nº.....  
Rua..... Est.....  
Município.....  
Esp. do estabelecimento.....  
Cargo..... CBO nº..... de.....  
Data admissão..... de..... de.....  
Registro nº..... Fls./Ficha.....  
Remuneração especificada.....  
.....  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.....  
1ª..... 2ª.....  
Data saída..... de..... de.....  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.....  
1ª..... 2ª.....  
Com. Dispensa CD nº.....

13

**CONTRATO DE TRABALHO**

Empregador.....  
CNPJ/MF..... Nº.....  
Rua..... Est.....  
Município.....  
Esp. do estabelecimento.....  
Cargo..... CBO nº..... de.....  
Data admissão..... de..... de.....  
Registro nº..... Fls./Ficha.....  
Remuneração especificada.....  
.....  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.....  
1ª..... 2ª.....  
Data saída..... de..... de.....  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.....  
1ª..... 2ª.....  
Com. Dispensa CD nº.....



**DADOS DO CLIENTE**  
LEANDRA MÓRATO DA CRUZ

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA PROFA MARIA LUISA DUARTE DE SA  
7 QD- 3-A

CPF: 053.391 644-54

VILA BELA/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
56907-050

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

|                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| CONTA CONTRATO      | MESIANO                      |
| 7012364444          | 02/2019                      |
| DATA DE VENCIMENTO  | DATA PREVISTA PROXIMA LETURA |
| 08/03/2019          | 28/03/2019                   |
| TOTAL A PAGAR (R\$) |                              |

|                   |               |                  |
|-------------------|---------------|------------------|
| Nº DA NOTA FISCAL | SERIE         | EMISSION         |
| 052437278         | UNICA         | 28/02/2019       |
| APRESENTAÇÃO      | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 28/02/2019        | 2001654386    | 5879624          |

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

|   | QUANTIDADE  | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo(KWhh)                       | 119,0000000 | 0,73478953  | 87,44       |
| Contrib. Ilum. Publica Municipal          |             |             | 4,31        |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 045036063- 29/12/18 |             |             | 0,66        |
| Multa por atraso-NF 045036063- 29/12/18   |             |             | 1,80        |
| Juros por atraso-NF 045036063- 29/12/18   |             |             | 0,72        |

## TOTAL DA FATURA

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL |                   |            |          |            |          |               |           |        |               |
|--|-------------------|------------|----------|------------|----------|---------------|-----------|--------|---------------|
| Nº DO<br>MEDIDOR                           | TIPO DA<br>FUNÇÃO | ANTERIOR   |          | ATUAL      |          | Nº DE<br>DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (MWh) |
|  |                   | DATA       | LEITURA  | DATA       | LEITURA  |               |           |        |               |
| 3120747151                                 | CAT               | 29-01-2019 | 9 745,00 | 26-02-2019 | 9 864,00 | 28            | 1,00000   |        | 119,00        |

## What's new in companies

| Mês    | Consumo Médio Mensal (kWh) |
|--------|----------------------------|
| JAN 10 | 110                        |
| FEB 10 | 115                        |
| MAR 10 | 120                        |
| ABR 10 | 125                        |
| MAY 10 | 130                        |
| JUN 10 | 135                        |
| JUL 10 | 140                        |
| AUG 10 | 145                        |
| SET 10 | 150                        |
| OCT 10 | 165                        |
| NOV 10 | 155                        |
| DEC 10 | 140                        |

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Este é o lugar do nascimento. Se esforçar magalhães 1204 ao criativo / strike modo peças na sua casa como as magalhães 1204 são criativos. site completa em www.cetip.com.br "No dia da leitura e bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.sneel.gov.br](http://www.sneel.gov.br). Cobrança ICMS sobre suspensão CDE, comissão Deputado Federal 98-45683-3 contemplada quando há venda na continuidade material ou do nível de ter sido o elemento. Ponto em abito para vista 24 (PREFEITURA), 1 voto 14 (MAGALHÃES) e estatísticas nacionais no país. Mais O cliente é compensado quando há insucesso mental. Não ocorrer após 2 ciclos de infaturamento, porém também se cobrado o custo de deposição não zero e não ocorrer a suspensão.

**ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO**

**EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE**

| Vencido | Dívida | Valor | Vencido | Dívida | Valor |
|---------|--------|-------|---------|--------|-------|
|---------|--------|-------|---------|--------|-------|

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site [www.celso.com.br](http://www.celso.com.br)

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por decisões de faturamento, poderá ocorrer o cancelamento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos na AV 99 RBN 4148/Atual. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inscrição nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

| DURAÇÃO E PRESENCIA DA SINTOMATOLOGIA |                             |                     |                      |                 | NÍVEL DE TENSÃO      |        |     |
|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|----------------------|-----------------|----------------------|--------|-----|
| CONJUNTO                              | MELHOR APARELHO<br>dez/2018 | LIMITE<br>SEMESTRAL | LIMITE<br>TRIMESTRAL | TENSÃO<br>ATUAL | LIMITE DE TENSÃO (V) |        |     |
|                                       |                             |                     |                      |                 | MÍNIMO               | MÁXIMO |     |
| DIC                                   | 0,00                        | 10,73               | 21,46                | 42,32           | 220                  | 202    | 231 |
| PC                                    | 0,00                        | 7,87                | 15,34                | 30,68           |                      |        |     |
| DMSC                                  | 0,00                        | 5,78                | 0,00                 | 0,00            |                      |        |     |

Limite DICR: 16,60      EU\$D - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 32,76

Limite DICRI 16,60 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 32,76

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | DATA DE VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|----------------|---------|--------------------|---------------------|
| 7012364444     | 02/2019 | 08/03/2019         | 94,93               |

83800000000-9 94930011007-3 01236444410-3 13827850873-5





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC  
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267001052**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/03/2019** às **10:47**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **12/1/2019** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ENOCK IGNACIO DE OLIVEIRA, 1** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAMARA DE VEREADORES**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)  
JOSE WELDES BARROS DE ARAUJO (VITIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE WELDES BARROS DE ARAUJO

**Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)**

**JOSE WELDES BARROS DE ARAUJO (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA BARROS DE ARAUJO** Data de Nascimento: **9/5/1978** Naturalidade: **CUSTODIA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7359732/SDS/PE (RG), 00780330471 (CPF), 05473393498 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OPERADOR** Telefones Celulares: **- 87999155590**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, QUADRA 03, LOTE, VILA BELA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NAO SE APLICA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)**

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE WELDES BARROS DE ARAUJO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE WELDES BARROS DE ARAUJO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGQ9133** (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO) Renavam: **587331976** Chassi: **9C2JC4110ER701806**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014**

**Complemento / Observação**

21/03/2019 10:3



COMPARECEU A ESTA DEPOL, A VITIMA EM TELA, COMUNICANDO QUE NO DIA, HORA E LOCAL JA DESCRITO, TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA MENCIONADA, QUANDO AO ENTRAR EM UMA CURVA QUE EXISTE NA CITADA VIA, PERDEU O CONTROLE DA CITADA MOTOCICLETA VINDO A CAIR EM SEGUIDA. ADIANTA A VITIMA QUE APÓS O ACIDENTE FICOU DESACORDADO, FOI SOCORRIDO AO HOSPAM PELO O CORPO DE BOMBEIROS, E DE LÁ TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DO AGRESTE EM CARUARU/PE, ADIANTA TAMBEM, QUE SOFREU FRATURAS EXPOSTA NO PÉ ESQUERDO E LESOES NO JOELHO TAMBÉM ESQUERDO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*JOSE WELDES BARROS DE ARAUJO*  
JOSE WELDES BARROS DE ARAUJO  
(VITIMA)

B.O. registrado por: *EDMILSON PEREIRA LIMA* - MAT. 151.743-0 - Matrícula: 151743-0

21/03/2019 10:36







**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**  
**COInter/2 - 3º Grupamento de Bombeiros**

SERRA TALHADA - PE, 14 de fevereiro de 2019.



ANDRÉ PEREIRA DA SILVA

Ten Cel. BM Cmt. de S. GB



Cap. QOC/2M Tel. 707458-5

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 023 Dop./2019**

O Chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação do Sr. **JOSÉ WELDES BARROS DE ARAÚJO**, RG 7359732 SDS/PE, CPF 007.803.304-71, residente à Quadra 03, Lote 07, Nº 07, Vila Bela, Serra Talhada-PE, **CERTIFICA** que foi deslocada a viatura AR 829 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros Serra Talhada-PE, às 17h04min do dia 12 de Janeiro de 2019, comandada pelo Cb QBMG 1/707411-5 FILIPE DE JESUS DIAS CARDOSO, para uma ocorrência de **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (QUEDA DE MOTOCICLETA)**, nº B 1217933, sendo vitimado o solicitante, o qual informou que estava conduzindo uma motocicleta marca/modelo, HONDA/CG 125 FAN KS, cor vermelha, placa PGQ-9133, sendo o referido veículo visualizado pela guarnição no local da ocorrência. O acidente ocorreu na Rua Enock Ignácio de Oliveira, S/N, Centro, Serra Talhada-PE e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: escoriações nos membros superiores e inferiores e ferimentos no membro inferior esquerdo, a qual foi socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do **Enf. JOSÉ RENATO PAULINO DE SALES**, COREN PE 391.846, prontuário 103. A presente certidão segue assinada por mim, CAP QOC/BM CARLOS ROBERTO DE SOUZA JÚNIOR, chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros.



Carlos Roberto de Souza Júnior  
CAP QOC/2M Tel. 707458-5

3º Grupamento de Bombeiros. BR 232 (Av. Vicente Inácio de Oliveira), Km 413, Cachoeira II, Serra Talhada, PE. CEP: 56.906-000.  
Fone/Fax: (87) 3831 9382/3831 9383. E-mail: 3gb@bombeiros.pe.gov.br CNPJ: 00.358.773/0017-01.



## SINISTRO 3190268884 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE WELDES BARROS DE ARAUJO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JOSE WELDES BARROS DE ARAUJO

CPF/CNPJ: 00780330471

### Posição em 26-04-2019 08:45:16

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|-------------|
| 29/04/2019        | R\$ 337,50           | R\$ 0,00         | R\$ 337,50  |





49

**BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA**

Data: 12.01.2019  
 Nome: Jov. Welton Barros  
 Nome Social:   
 Nascimento: 09.05.78  
 Sexo: m  
 Escolaridade: 2  
 Mãe: Jov. Barros  
 Endereço: R. da ...  
 Bairro: ...  
 Cartão SUS: ...  
 Raça/Cor: Branca  
 Hora: 17:21  
 Profissão: autônomo  
 Responsável: B. Militar  
 Estado Civil: casado  
 RG/CPF: 7.359.732  
 Fone: 9.9623-5331

Nº: 103.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Situação/Queixa:   
 VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

PA:   
 Medicações em uso:   
 Intolerâncias/Alergias:   
 Fluxograma:   
 Carimbo e Assinatura:

**ATENDIMENTO MÉDICO**

**História e Exame Físico:**

**Tratamento:**

**Hipótese Diagnóstica:**

**Carimbo e Assinatura:**



## CONDUTA MÉDICA

|                           |   |                                     |                                      |                                 |
|---------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Destino do Paciente:      | <input checked="" type="checkbox"/> Internado | <input type="checkbox"/> Residência | <input type="checkbox"/> Transferido | <input type="checkbox"/> Evasão |
| Removido para o hospital: |   |                                     |                                      |                                 |
| Óbito às                  | hrs do dia                                    |                                     |                                      |                                 |
| Carimbo e Assinatura:     |   |                                     |                                      |                                 |

## OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras queixas:

*[Handwritten notes in the observation section]*

Exames Solicitados:

- |                                      |                                    |                          |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma   | <input type="checkbox"/> LCR       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glicose     | <input type="checkbox"/> HIV       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Uréia       | <input type="checkbox"/> VDRL      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina  | <input type="checkbox"/> CKMB      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ionograma   | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leucograma  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

| Medicação                        | Horário | Obs:   |
|----------------------------------|---------|--|
| AS 20:30h, Paciente              |         |  |
| transfere para RHA sobre 5597382 |         | Vilmalucia R. dos S. Marinho<br>Téc. de Enfermagem<br>COREN-PE 569.800 |
|                                  |         |  |
|                                  |         |  |

## VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

*[Handwritten note: VLI - HOSPITAL]*





**SUS**Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

**2427419**

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

**Jose Melao Bonay De Amorim**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**TB Exposta de 5º PDE.**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

**TB Curado**

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

**Cont. Fíg. + Rx**

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

**TB Exposta de 5º PDE**

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

**Tuberculose**

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

**D. Luigi Paolo Freire**

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

**13/10/19**35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  
**Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM-PE: 22442 / TEOT: 15424****PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: JOSÉ WILTONS - BRUNO R

Nº do Registro: 33215

Clínica: ORTOPEDIA

Membro

Nº do Leito

Operador: Dr. Cláudio Costa

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: Local

Duração:

Data da Operação: 17/01/19

Início: 11h

Término: 12h

Diagnóstico Pré-Operatório:

Furto exposto do A.B.D.

Diagnóstico Pós-Operatório:

O mesmo

Operação Proposta:

LC T fixação com placa

Operação Realizada:

O mesmo

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Paciente em Decúbito dorsal sob anestesia
- 2) limpeza e antisséptico
- 3) retirada de pontos
- 4) limpeza da ferida com 5% Iodo
- 5) redução da fratura e fixação com placa e parafusos
- 6) boa redução da fratura
- 7) Sutura com nylon 3-0
- 8) Curativo estéril
- 9) TPA bolso em gelo no local

Cláudio Costa Neto  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 24.699





**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES**

**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

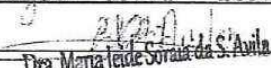
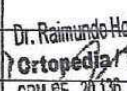
Unidade de Saúde: **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**

Nome do Paciente: **Jose Welles Barrios**

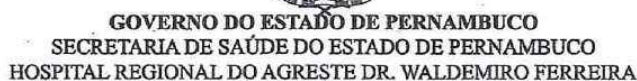
Registro Nº: **3320-55**

Clínica: **HO OMOR**

Leito Nº: **Recup.**

| DATA     | HORA | EVOLUÇÃO   |
|----------|------|--|
| 14/11/19 |      | # Nutrição #   |
|          |      | # Paciente informado conforme diagnóstico de F.M.I.E.  |
|          |      | # Alimentando-se pela via oral, com administração da dieta líquida   |
|          |      | # Boa aceitação da dieta   |
|          |      | # Segue sob cuidados da Nutrição   |
|          |      | <br>Dra. Maria Jéssica Souza da S. Avila<br>Nutricionista<br>CRN6-17934                               |
| 19.01.19 | 6:00 | DIH  |
|          |      | Paciente operado de fratura exposta do quadril esquerdo, com colocação de P.O. e posicionamento do P.O. no 45º PDE. Realizado P.O. e P.O. de 100ml. Boa perfusão distal.                 |
|          |      | <br>Dr. Raimundo Honorato da S. Junior<br>Ortopedia / Traumatologia<br>CRM-PE 20.136 SBO/TRECT 15.309 |

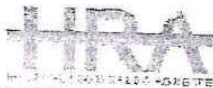




NOME: Jose Weltes Bannos de Araújo  
 ENFERMARIA: SRPA LEITO: \_\_\_\_\_  
 CLÍNICA: TRAUMA/ORTO MÉDICO: \_\_\_\_\_  
 DATA DA INTERNAÇÃO: 13.01.14 DATA DA ALTA: \_\_\_\_\_  
 FONE PARA CONTATO: 87 9953-2021- JOSEFA ARAUJO (mãe)







SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

SUBSISTÊNCIA DE ADMISSÃO E ALTA

4.430  
Usuário da Internação  
ELAINECB



476204

1 - Identificação do Paciente Data Int.: 13/01/2019 00:07 Atendimento: 476204 N° AIH: \_\_\_\_\_

Nome: JOSE WELDES BARROS DE ARAUJO

Data Nasc.: 09/05/1978

Idade: 40

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Prontuário: 332055

CPF: 00780330471

RG: 7359932

Religião: \_\_\_\_\_

Endereço: RUA QUADRA 3 A

Bairro: VILA BELA

Cidade: SERRA TALHADA

Nº: 0

CEP: 56906000

Fone: 996235351

Profissão: \_\_\_\_\_

Estado: PE

Nome da Mãe: JOSEFA BARROS DE ARAUJO

Nome do Conjuge: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

2 - Internar Para

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação: PRE - OPERATORIA

Leito: PRE - OPERATORIA 11

Diagnostico Inicial

(Constante do Laudo Médico): \_\_\_\_\_

Procedimento Solicitado: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Procedimento Realizado: \_\_\_\_\_

CÓD.: \_\_\_\_\_

CÓD.: \_\_\_\_\_

3 - Atendimento Médico

|                             |                           |                                 |                                 |                             |                              |
|-----------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Méd. Laudo.<br>Ass./Carimbo | Cirurgião<br>Ass./Carimbo | 1º Aux. Cirurg.<br>Ass./Carimbo | Ass./Carimbo<br>2º Aux. Cirurg. | Anestesista<br>Ass./Carimbo | Méd. Assist.<br>Ass./Carimbo |
|-----------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|

4 - Procedimentos Especiais

- ( ) MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
- ( ) DIÁRIA DE UTI
- ( ) DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- ( ) VACINA ANTI RH
- ( ) USO DE DERIVADOS DE SANGUE
- ( ) USO DE PRÓTESE, ORTESE
- ( ) USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
- ( ) USO DE OXIGENADORES
- ( ) NUTRIÇÃO PARENTERAL

5 - História Clínica

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO

13/01/2019 00:07

DATA DE ALTA

DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO

1 de 2



Solicitação de Diária de Acompanhante  
Laudo Médico / Serviço Social

Nome do Paciente: João Welles Barros Araújo  
Data de Nascimento: 05/05/78 Registro: OMRO Pedro 36  
Setor: ÁREA Urdi Leito: \_\_\_\_\_  
Nome do Acompanhante: Josefa Barros de Araújo  
(Genitora) (87) 9 9953-7081

Justificativa Médica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: 13 / 01 / 19

Assinatura e Carimbo do Médico

☐ Acompanhante para pacientes assegurados por Lei: Menor de Idade, Idoso ou Deficiente

Justificativa Social: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ilka Ayres Santana  
Assistente Social  
Cress/PE 7962

Data: 13 / 01 / 19

Assinatura e Carimbo do Assistente Social





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

EVOLUÇÃO SRA

DATA: 16/01/2018

NOME: JOSÉ WELDES B. DE ARAÚJO

REG: 334755

HD: FRATURA EXPOSTA 4 FDE

DHL3 DPO - LC + DC + FIXAÇÃO COM FIOS XL

PACIENTE NO MOMENTO ESTÁVEL SEM QUEIXAS OU  
INTERCORRÊNCIAS. AGUARDANDO SEGUNDO TEMPO CIRÚRGICO.  
(FIO DE KIRCHNER NECESSITA SER REPOSICIONADO, REPARAÇÃO  
INSATISFATÓRIA). PERFUSÃO +

CD: MANTIDA

Dr Luiz Antonio de Carvalho  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 13925 - TEOT: 11182  
Cirurgia do Trauma Ortopedico / Quadril





## RECEITUÁRIO

CEM - CTO DE ESPECIALIDADES MEDICAS LTDA - Fone: 87-3831-8446  
R. JOAQUIM GODOY, 393 - CENTRO - SERRA TALHADA-PE - CEP:56912450

Data e hora da Receita: 22/02/19 09:46

Para: JOSE WELDES BARROS DE ARAUJO

R//

### LAUDO MEDICO

HD : FRATURA DE FALANGES DO PÉ ESQ  
CID : S 93.4  
TRAUMA DO PÉ EM ACIDENTE MOTOCICLETA  
LIMITAÇÃO FUNCIONAL  
REALIZADO FIXAÇÃO POR FIOS DE K  
CONSOLIDAÇÃO VICIOSA  
ALTA MEDICA NESTA DATA

Dr. Ebenone Antônio  
CRM: 15122  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Dr(a) EBENONE ANTÔNIO DA SILVA CRM:15122

